

Pacient s demencí v ordinaci všeobecného praktického lékaře

MUDr. Eva Zatloukalová, Ph.D.

I. neurologická klinika FN u svaté Anny a LF MU, Brno

Demence, tedy získané postižení kognitivních funkcí omezující soběstačnost, je skupina onemocnění s dlouhodobě narůstající prevalencí. Zároveň dochází k rozšiřování farmakologických i nefarmakologických možností symptomatické terapie. Předkládaný přehled si klade za cíl stručně a uceleně informovat o současných doporučených postupech stran screeningu, diagnostiky, terapie a dalších aspektů péče o pacienty s demencí.

Klíčová slova: demence, doporučené postupy, terapie.

Approach to the patient with dementia in primary care

Dementia, defined as an acquired impairment of cognitive functions that limits patients' independence, represents a group of disorders with a steadily increasing prevalence. At the same time, both pharmacological and non-pharmacological options for symptomatic treatment are expanding. The aim of this review is to provide a concise and comprehensive overview of current recommended practices considering screening, diagnostics, therapeutic approaches and other important aspects of care.

Key words: dementia, recommended practices, therapy.

Demenci definujeme jako získané postižení kognitivních funkcí (minimálně ve 2 doménách), které limituje pacienta v jeho běžných denních aktivitách a omezuje tak jeho soběstačnost. Důležité je i minimální trvání tohoto stavu po dobu 6 měsíců. Pokud je postižena pouze jedna kognitivní doména a není narušena pacientova soběstačnost, hovoříme o lehké kognitivní poruše (mild cognitive impairment, MCI). Jedná se o chronicko-progresivní proces, který není součástí normálního stárnutí. Demence postihuje přibližně 5 % lidí nad 65 let věku a více než 30 % ve věkové skupině 80–90 let (1).

V roce 2015 byl celosvětově počet pacientů trpících demencí odhadován na 50 milionů. Pro rok 2050 se odhady pohybují kolem počtu 150 milionů, jedná se tedy o početnou skupinu pacientů jejichž počet bude dále strmě narůstat (2).

Příčiny demence

Mezi nejčastější příčiny demence patří Alzheimerova choroba (50–65 % případů),

která se zpočátku projevuje postižením epizodické paměti, později v průběhu onemocnění se přidává postižení řeči, zrakově-prostorových a exekutivních funkcí.

Vaskulární demence souvisí s jedním rozsáhlým nebo mnoha menšími mozkovými infarkty, případně rozsáhlými změnami bílé hmoty. Klinicky je v popředí obvykle exekutivní dysfunkce a změny osobnosti. V kombinaci s Alzheimerovou chorobou (kterou nazýváme smíšenou demencí) tvoří společně 15–30 % případů.

Demence s Lewyho tělísky je kromě kombinace s parkinsonskými příznaky charakteristická fluktuujícím průběhem, časným postižením zrakově-prostorových funkcí, nově vzniklými psychiatrickými symptomy či deliriem a je zodpovědná za 15–20 % případů.

Frontotemporální lobární degenerace se projevuje časnou změnou osobnosti a poruchami chování, mohou se též objevovat poruchy řeči, parkinsonské příznaky či onemocnění motoneuronu (5–10 %). Dále rozeznáváme

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest:

Not applicable.

Consent for publication:

Not applicable.

Vznik článku byl podpořen projektem č. LX22NP05107 (MŠMT): Financováno Evropskou unií – Next Generation EU.

Cit. zkr: **Med. Praxi. 2025;22(4):264-268**

<https://doi.org/10.36290/med.2025.056>

Článek přijat redakcí: 30. 5. 2025

Článek přijat k tisku: 30. 6. 2025

MUDr. Eva Zatloukalová, Ph.D.

eva.zatloukalova@fnusa.cz

demenci u Parkinsonovy choroby (5–10 %), prionová onemocnění, Huntingtonova choroba atd. (1, 3).

Sekundární příčiny demence

Mezi sekundární (většinou léčitelné) příčiny demence řadíme posttraumatické (chronický subdurální hematom), neuroinfekty (progresivní paralýza, AIDS), autoimunitní encefalitidy, normotenzní hydrocefalus (demence + inkontinence moči + poruchy chůze), karenní syndromy (hypovitaminóza B12, thiaminu apod.), poléková/toxická postižení, metabolicky podmíněné (hypothyreóza, Wilsonova choroba) tumory a jiné chirurgicky léčitelné expanze především ve frontální oblasti a paraneoplastické syndromy (1).

Diferenciální diagnostika

Jednou z úloh praktického lékaře je v rámci diferenciální diagnostiky vyloučit onemocnění, která mohou demenci imitovat. Jedná se především o delirium, depresi, oligosymptomatické formy infektů, poruchy vnitřního prostředí či dekompenzaci interního stavu pacienta.

V případě deliria je třeba aktivně pátrat po jeho příznacích. Typický je jeho akutní vznik a kolísavý průběh, je charakterizováno narušením vědomí, poruchou pozornosti, myšlení a vnímání, dezorientací, narušením cyklu spánků-bdění a poruchou psychomotorického tempa.

Deprese může mít ve vyšším věku atypický klinický obraz s chybějícím prožitkem smutku, a naopak přítomnými somatickými stesky, subjektivními stesky na paměť či obavami z demence (4).

Role všeobecného praktického lékaře

Mezi hlavní úlohy praktického lékaře patří aktivní vyhledávání a screening pacientů, vyšetření při podezření na demenci, a následně diferenciální diagnostika. Pokud je diagnóza demence jasná (včetně vyloučení sekundárních příčin demence), může pacienta diagnostikovat, léčit a dispenzarizovat (pokud pacient a jeho rodina souhlasí) všeobecný praktický lékař. V případě nejasností odesílá pacienta dle převažující symptomatologie (Obr. 2), případně dle lokální dostupnosti specialistovi z oboru neurologie, psychiatrie či geriatrie.

Tab. 1. Screeningová vyšetření certifikovaná Ministerstvem zdravotnictví (MZ) (5)

Mini-Cog test – je základním testem paměti. Spočívá ve vybavení tří slov (3 body) po distrakci testem kreslení hodin (2 body). Pacient dosahuje maximálně 5 bodů, přičemž dosažení méně než 3 bodů je indikací pro další screening demence.
MMSE (Mini Mental State Examination) – testuje více domén; hodnotí orientaci pacienta v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, čtení, psaní, řeč a konstrukčně-praktické schopnosti. Maximální dosažitelné skóre je 30 bodů, při 24 bodech začíná pásmo demence. Dosažení 25–26 bodů ukazuje na MCI a je doporučeno doplnění podrobného neuropsychologického vyšetření. Je nicméně vhodné mít na paměti, že se jedná o nástroj poměrně hrubý, nevhodný pro screening MCI. Provedení testu trvá přibližně 10 minut a je vhodné jej kombinovat s testem kreslení hodin.
MoCA (Montreal Cognitive Assessment) – ve srovnání s MMSE hodnotí MoCA navíc frontální funkce a detailněji hodnotí též paměť a zrakově-prostorové funkce a jeho provedení trvá přibližně 15 minut (6). České normy MoCA u starších dospělých byly publikovány i s převodem mezi testem MoCA a MMSE (7).
ALBA (Amnesia Light and Brief Assessment) – původní česká zkouška založená na kombinaci vybavení krátké věty a šesti gest. Jedná se o snadno proveditelný test, bez nutnosti dalších pomůcek, jejíž provedení trvá přibližně 3 minuty (8).
POBAV (Pojmenování obrázků a jejich vybavení) – původní česká zkouška, která prověřuje psaný jazyk, dlouhodobou sémantickou a krátkodobou vizuální paměť. Úkolem vyšetřované osoby je pojmenovat jedním psaným slovem každý z 20 obrázků a zároveň si názvy obrázků zapamatovat. Vzpětí bez distrakce je osoba požádána, aby napsala zpaměti co nejvíce názvů obrázků během jedné minuty. Předností testu je krátké trvání (přibližně 4 minuty), jednoduchá administrace a vyhodnocení (9).
Test kreslení hodin – samostatně se nejedná o test certifikovaný MZ, je nicméně doporučován jako součást Mini-Cog testu a MMSE. Úkolem vyšetřovaného je nakreslit ciferník, správně umístit čísla a nastavit dvě různé dlouhé ručičky tak, aby ukazovaly požadovaný čas (doporučené zadání 23:20). Jednoduché skórování výsledku metodou BaJa lze nalézt na www.abadecco.cz . Tato zkouška slouží pro záchyt rozvinuté demence, hodnocení jejího progresu nebo k hodnocení zrakově-prostorových a exekutivních schopností (přítomných již v časně fázi u demence s Lewyho tělísky) (10).
Poznámky ke správnému provádění testů mentálních funkcí <i>Před provedením testu je třeba mít předem nachystány všechny potřebné pomůcky (v případě MMSE například náramkové hodinky, tužku, prázdný list papíru, papír s velkým tiskacím nápisem ZAVŘETE OČI a list s obrázkem dvou pětiúhelníků, které se protínají tak, aby vytvořily čtyřúhelník). Testovaná osoba sedí naproti vyšetřujícímu, je nutné, aby test nelimitovala porucha zraku či sluchu. U MMSE lze každou otázku položit maximálně 3x. Obecně je třeba se vyhnout napovídání, vysvětlování či hodnocení výkonu pacienta. Je také dobré si uvědomit, že se jedná o testy pomocné, nikoliv diagnostické, jejich výsledky jsou orientační a mohou být ovlivněny mimo jiné vzděláním, psychiatrickými či neurologickými komorbiditami.</i>

Pokud souhlasí pacient, specialista i praktický lékař, je možné, aby byl po provedené diagnostice a stabilizaci stavu pacient předán do dispenzarizace VPL.

Program Časný záchyt demence

U pacientů ve věkové skupině 65–80 let by mělo být všeobecným praktickým lékařem jednou za dva roky v rámci preventivní prohlídky provedeno screeningové vyšetření kognitivních funkcí Mini-Cog testem (Tab. 1). V případě positivity tohoto testu u bezpříznakového pacienta je indikováno doplnění MMSE (Tab. 1). I u pacientů starších 80 let je nicméně vhodné po kognitivních obtížích aktivně pátrat, včetně cílených dotazů na nejbližší osoby (4).

Podezření na demenci

V případě podezření na kognitivní obtíže (vyslovené pacientem, rodinou či lékařem jiné odbornosti) je klíčový podrobný odběr anamnézy za přítomnosti blízké či pečující osoby. Kromě aktuálních zdravotních obtíží, osobní a rodinné anamnézy a užívané medikace je třeba se zaměřit i na pracovní a sociální anamnézu. Nutné jsou cílené dotazy na chování pacienta v posledních měsících a letech. Následně je třeba pacienta otestovat pomocí screeningových testů (Tab. 1), provést fyzikální a základní neurologické vyšetření, EKG a základní laboratorní vyšetření k vyloučení reverzibilních příčin demence – krve a moči. Jako minimální je doporučeno provést vyšetření krevního obrazu, základní biochemické vyšetření včetně glykemie, iontogramu, renálních a jaterních funkcí, TSH a CRP. Dále je vhodné základní psychiatrické vyšetření ve smyslu vyloučení deprese či deliria. Další vyšetření volíme dle aktuálního stavu pacienta.

V rámci vyloučení sekundárních příčin demence je dále nutné provedení strukturálního zobrazení mozku (nativní CT vyšetření). Toto může indikovat jak praktický lékař, tak další sledující specialista.

Na základě posouzení celkového zdravotního stavu pacienta a výsledků diagnostických testů může praktický lékař pacienta doporučit k podrobnému vyšetření u specialisty v oboru neurologie, psychiatrie, geriatrie, endokrinologie atd. (Obr. 2) (4).

Péče o pacienta s demencí praktickým lékařem

V případě souhlasu pacienta, VPL a případně diagnostikujícího specialisty (pokud bylo jeho péče třeba) je možné, aby byl po provedené diagnostice a stabilizaci stavu pacient dále dispenzarizován VPL.

Jedná se o takzvanou post-diagnostickou péči. Základem této péče je zohlednění všech potřeb nemocného, aktivní komunikace s ostatními specialisty pečujícími o pacienta v rámci svých oborů, koordinace péče. Zahrnuta musí být i aktivní podpora péče sociální ve spolupráci s neformálními pečujícími. Ve složitějších situacích u polymorbidních pacientů vyššího věku jsou vhodnými vykonavateli této koordinace péče ambulantní geriatři.

Ke zlepšení funkčního stavu pacientů významně přispívá léčba somatických komorbidit. Kromě zlepšení zapojení kognitivní rezervy pomáhá také předcházet deliriím a BPSD (behaviorální a psychologické symptomy demence).

Důležitá je péče o compliance pacientů s demencí. Jen těžko lze předpokládat, že budou správně užívat nastavenou medikaci a je tedy třeba aktivně nastavit podporu. Významným problémem je u těchto pacientů též riziko pádů, které lze významně snížit pravidelnou pohybovou aktivitou, vysazením/redukci rizikové medikace a zohledněním případné ortostatické hypotenze (4).

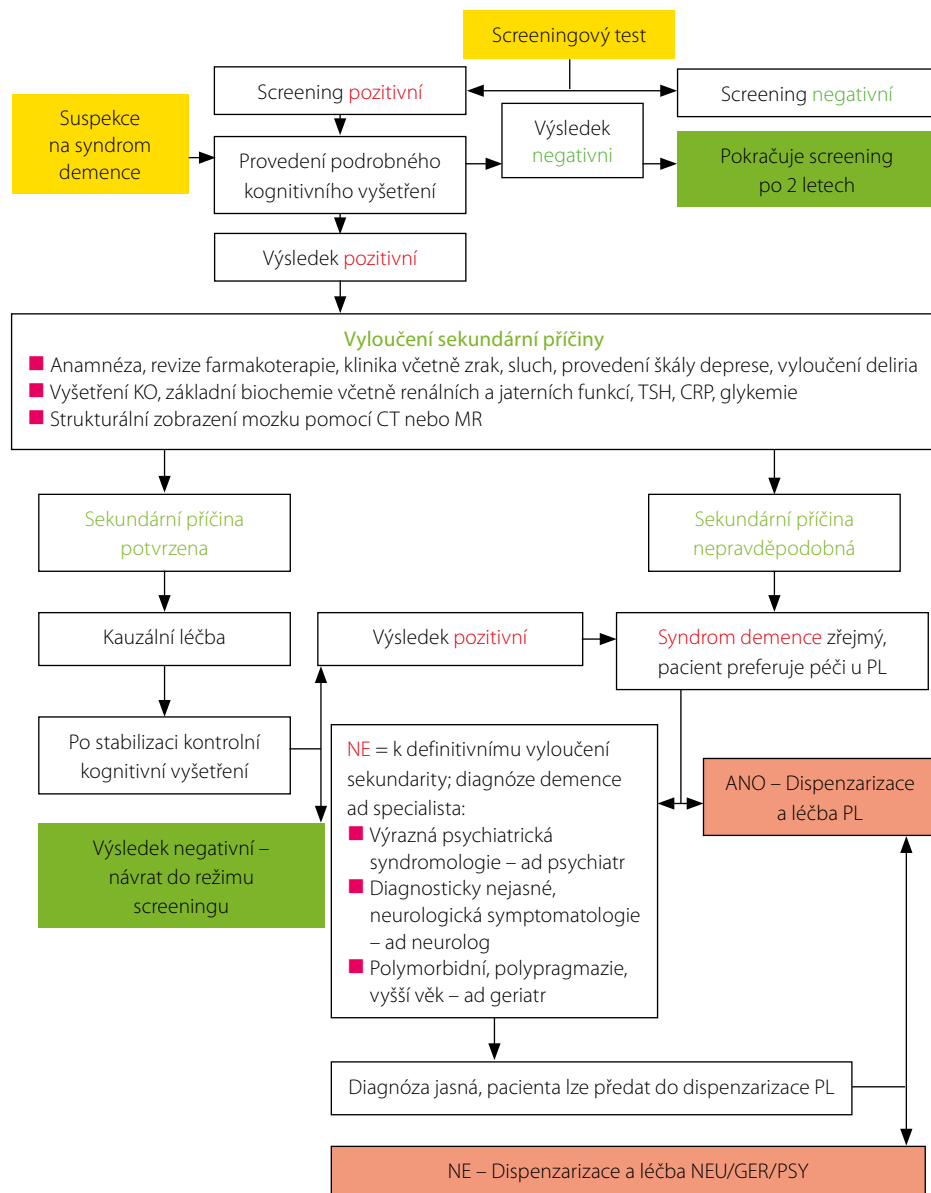
U indikovaných pacientů je vhodné zvážit vyšetření geriatrem – funkční geriatrické hodnocení, které přispívá ke snížení rizika negativních událostí, včetně progresu disability a ztráty schopnosti žít ve vlastním prostředí (11).

I stabilizovaný pacient s demencí by měl podstoupit dispenzární prohlídku alespoň 1x 6 měsíců (12).

Z praktických aspektů péče má pacient s demencí nárok na sociální dávky, konkrétně příspěvek na péči, mobilitu, automobil a zvláštní pomůcky. Může též využívat sociálních služeb terénních, ambulantních či pobytových (kompletní přehled na www.mpsv.cz/socialni-sluzby).

Stran držení řidičského průkazu neznamená diagnóza demence automaticky jeho odebrání. V jednoznačných případech (např. u středně těžké až těžké demence, u frontotemporální lobální degenerace, popřípadě

Obr. 1. Úloha praktického lékaře v péči o pacienta s demencí (převzato se souhlasem autora) (4)



při souběžném výskytu dalších somatických či duševních onemocnění, která jsou kontraindikací k řidičskému oprávnění) nahlašuje VPL či jiný ošetřující lékař nezpůsobilost řídit na obec s rozšířenou působností. V ostatních případech, tedy u demence lehkého stupně, kdy o ne/způsobilosti k řízení nelze jednoznačně rozhodnout, lze doporučit vyžádání stanoviska kvalifikovaného dopravní psychologa. Řidiči s diagnózou demence by měli být nicméně v rámci poradenství průběžně připravováni na postupné omezování řízení a jeho nahrazení jinou formou dopravy (13).

Terapie

Terapie pacienta s demencí je komplexní záležitost, která musí zahrnovat i rodinu / pečující osoby. Obecně je opřena o 4 základní

pilíře; psychosociální intervence (nefarmakologické postupy a podpora pečovatelů), kognitiva (symptomatická terapie), neuropsychiatrie (léčba BPSD) a paliativní terapie (14).

Psychosociální intervence

V centru těchto postupů nestojí pouze pacient sám, ale též jeho nejbližší – na pečovatele je nutné pohlížet jako na „neviditelného druhého pacienta s demencí“ (15). Všechny tyto postupy by měly respektovat individualitu pacienta, stadium jeho nemoci a jeho sociální prostředí.

U pacientů s mírnou demencí se jedná především o tzv. post-diagnostickou podporu. Jedná se zejména o pomoc, podporu, právní a psychologické poradenství, aby se mohli se svým onemocněním a jeho počínajícími

příznaky a nepříznivou situaci vyrovnat. Tento proces by měl být multidisciplinární – zahrnující kromě VPL a specialistů například i psychologa, ergoterapeuta a sociálního pracovníka. V této fázi je rovněž možné jim nabídnout kognitivní trénink a rehabilitaci (14).

Pacienti se středně těžkou demencí již zpravidla nejsou schopni žít samostatně a vyžadují tak zpravidla oni i jejich pečovatelé větší podporu. Důležitá je v této fázi pravidelná struktura dne a zapojování do běžných denních činností (mělo by se ideálně jednat o činnosti, na které byl pacient dosud zvyklý, nikoli aktivizaci „za každou cenu“).

Ve stadiu pokročilé demence se uplatňuje spíše individualizovaná asistence.

V celém průběhu nemoci lze uplatňovat techniky reminiscenční terapie, arteterapie či muzikoterapie, které mohou sloužit jako komunikační prostředek a zároveň reflexe vlastní identity. Klíčová je též přímá podpora pečujících; jak ve smyslu psychologické péče, tak jejich edukace (nejen o nemoci samotné, ale například stran komunikačních přístupů k pacientovi s demencí) (14).

Symptomatická farmakoterapie – kognitiva

Mezi kognitiva řadíme inhibitory acetylcholinesterázy (iAChE; donepezil, rivastigmin, galantamin), které zvyšují množství acetylcholinu v synaptické štěrbině za pomoci inhibice odbourávajícího enzymu a memantin, což je antagonist N-methyl-D-aspartátových receptorů. Jejich účinnost stoupá s dávkou, takže by měla být podávána co nejvyšší tolerovaná dávka (16). Indikována jsou u Alzheimerovy demence, demence smíšené, demenci při Parkinsonově nemoci a demenci s Lewyho tělísky.

IACHe jsou benefiční jak v časných (vliv na paměť a kognitivní výkon), tak pokročilých stadiích Alzheimerovy demence. Memantin je indikován pro střední až těžkou demenci. Preskripce kognitiv je vázána na odbornost neurologie, psychiatrie, geriatrie a všeobecného praktického lékařství. Kromě objektivně prokázaného postižení kognitivních funkcí (pomocí kteréhokoliv z validovaných kognitivních testů) a narušení aktivit denního života je při jejich preskripci třeba posoudit zajištění správného užívání léčby. Léčba je

Obr. 2. Průchod pacienta systémem, indikace k vyšetření specialistou (převzato se souhlasem autora) (4)

1. Indikace pro vyšetření geriatrem:

Geriatrické vyšetření a zvážení dispenzární péče v geriatrické ambulanci:

1. pacient vyššího věku s kognitivním deficitem a polymorbiditou a/nebo polyfarmakoterapií
2. pacient s podezřením na některý ze specifických geriatrických syndromů (např. syndrom geriatrické křehkosti ve všech jeho souvislostech, syndrom instability ve vysokém riziku pádu, syndrom sarkopenie a suboptimální výživy, poruchy chování u syndromu demence potenciálně spojené s komorbiditami)
3. pacient s nutností specifického hodnocení zhoršující se soběstačnosti
4. pacient s potřebou cíleného case managementu pokračujícího možnosti a kapacity VPL
5. pacient s potřebou podrobnějšího vyšetření a podpory funkčního stavu a soběstačnosti

2. Indikace pro vyšetření neurologem:

Neurologické vyšetření a zvážení dispensarizace:

1. pacient s doprovodnými neurologickými příznaky při syndromu demence, zejména u nemocných s poruchami řeči, s parkinsonskými příznaky (rigidita, akineze, tremor), s příznaky onemocnění motorického neuronu
2. pacient s obrazem normotenzního hydrocefalu
3. pacient po neuroinfekcích a neurochirurgických operacích mozku
4. pacient se syndromem demence a epileptickými záchvaty
5. pacient s progredujícím poklesem kognitivních schopností v mladším věku a/nebo při podezření na možnou genetickou formu neurodegenerativního onemocnění mozku
6. pacient s rychlou progresí kognitivního deficitu po vyloučení sekundární etiologie (např. delirium, somatické komorbidity)
7. pacient, u kterého zůstává etiologie syndromu demence nejasná a/nebo je klinické podezření na některé vzácnější neurodegenerativní onemocnění

3. Indikace pro vyšetření psychiatrem:

Psychiatrické/gerontopsychiatrické vyšetření a zvážení dispensarizace (případně hospitalizace):

1. pacient se s rizikem sebevražedného jednání a/nebo s agresivními nebo psychotickými příznaky
2. pacient s anamnézou závažných duševních onemocnění (zejména schizofrenie, bipolární afektivní porucha, periodická depresivní porucha aj.)
3. pacient s dominující problematikou závislosti anebo škodlivého užívání psychotropních látek (alkohol a jiné návykové látky, léky)
4. pacient s kognitivní poruchou a s psychiatrickými symptomy, které jsou závažné nebo nereagují na běžné terapeutické postupy ani na zajištění komfortu pacienta
5. pacient s kognitivní poruchou a BPSD ohrožující sebe nebo své okolí je indikován k hospitalizaci na gerontopsychiatrickém/psychiatrickém oddělení, (vyjma případů, kdy je indikována intenzivní somatická péče)
6. v případě pacienta vyššího věku (65+) s kognitivním postižením a psychiatrickými obtížemi preferujeme vyšetření gerontopsychiatrem spíše než všeobecným psychiatrem

dále hrazena, dokud je prokazatelný příznivý efekt na kvalitu života (hodnoceno komplexně – kognitivní funkce, neuropsychiatrické příznaky, aktivity denního života), pravidelně hodnocený minimálně 1× za 6 měsíců.

Mezi nejčastější nežádoucí účinky iAChE patří gastrointestinální projevy (nauzea, zvracení, průjem), svalové křeče a/nebo parestezie dolních končetin a poruchy srdečního rytmu (především bradykardie, CAVE kombinace s betablokatory). V případě netolerovatelných GIT obtíží je možné zavedení rivastigminu ve formě náplasti (předepisujeme na zvýšenou úhradu) (4).

Další preparáty

Několik metaanalýz ukazuje na určitý terapeutický účinek a výbornou toleranci purifikované formy extraktu Ginkgo biloby (EGb 761) u Alzheimerovy, vaskulární a smíšené demence. Tuto látku lze užít v monoterapii (při netoleranci či inefektivitě iAChE) nebo kombinovat s kognitivou. Doporučeno je podá-

vání minimálně 200 mg/den ve dvou denních dávkách ráno a v poledne (tedy v ČR dostupná tableta 120 mg 2×/den) po dobu minimálně 5 měsíců. Podávání může být dlouhodobé. Aktuálně nemají tyto preparáty stanovenou úhradu pojišťovny a jsou volně prodejná v lékárnách (17).

Podávání vasoaktivních látek, stejně jako piracetamu, cerebrolysinu či selegilinu v léčbě demence nemá efekt, a je tedy neúčelné. Navíc mohou vést k nežádoucí úzkosti a agitovanosti nemocných (18).

V terapii vaskulární a smíšené demence se uplatňuje především těsná kompenzace cévních rizikových faktorů. Nicméně je třeba mít na zřeteli že i u Alzheimerovy demence je jednou z patofyziologických teorií teorie vaskulární, kdy na podkladě cévních změn dochází k dlouhodobé mozkové hypoperfuzi (19). Jako hlavní rizikový faktor byla v této souvislosti identifikována kromě věku (20) též hypertenze (21, 22). Těsná kompenzace hypertenze tedy nabývá na důležitosti jak

v prevenci demence, tak ke zpomalení jejího progresu.

U případě přidružených parkinsonských příznaků (např. u demence s Lewyho tělísky) se dále uplatňuje levodopa.

Neuropsychiatrie

Behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD) jsou u demencí velmi časté (např. u Alzheimerovy choroby se v průběhu onemocnění objevují až v 80–90 %) jejich spektrum je bohaté, zahrnují úzkostné stavy, deprese, halucinace, deliria, agitovanost, agresivitu nebo naopak apaticko-abulický syndrom, bludné produkce, poruchy vyměšování, příjmu stravy a tekutin a řadu dalších (23).

Základem terapie BPSD by měly být metody psychosociální intervence (především identifikace spouštějících faktorů a jejich eliminace, uspokojení základních potřeb a tlumení bolesti), teprve pokud dojde k jejich vyčerpání a projevy představují významný diskomfort pro pacienta nebo jeho okolí, přichází na řadu farmakoterapie. V prvním kroku nasazujeme/optimalizujeme terapii kognitivní, až v dalším kroku nasazujeme psychofarmaka. Vzhledem k tomu, že je tato terapie zatížena významnými vedlejšími účinky a je též často tzv. off label, je třeba volit strategii start low go slow (tedy začít na nízké dávce a pomalu navyšovat) a při dlouhodobém užívání ji v pravidelných intervalech přehodnocovat (14).

Při farmakoterapii depresivních/úzkostných projevů a iritability jsou vhodná antidepresiva, jako první volbu lze nasadit inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), při

nespavosti a nočním neklidu může být přínosný trazodon nebo mirtazapin. Agitovanost a agresivitu lze řešit antipsychotiky 2. generace (tiaprid, melperon, kvetiapin, risperidon; CAVE přecitlivělost na antipsychotika u demence s Lewyho tělísky) (24).

Trazodon a léky ze skupiny SSRI mohou mít též příznivý efekt na behaviorální projevy frontotemporální lobární degenerace, kde je většina další farmakoterapie, včetně kognitiv, neúčinná (25, 26). BPSD, které jsou závažné nebo atypické, nezlepšují se po základní intervenci (nefarmakologické postupy, SSRI, tiaprid/melperon) nebo se vyskytují u pacienta s komorbidní duševní poruchou, poruchou osobnosti nebo problematikou závislosti, jsou vhodné k psychiatrické intervenci (4).

Paliativní péče

V průběhu celé trajektorie onemocnění má klíčové místo podpora funkčního stavu a péče o komfort nemocného. Během závěrečné fáze života s velmi pokročilým, těžkým syndromem demence se do popředí dostává péče o komfort, včetně klinického hodnocení nonverbálních signálů diskomfortu. S ohledem na různou délku odhadovaného dožití u jednotlivých druhů demencí by lékař měl včas společně s pacientem a jeho rodinou hledat vhodný léčebný postup, odpovídající jeho hodnotám a preferencím (4, 14).

Farmakologická anamnéza

Stran ostatní medikace je vhodné vyvarovat se u pacientů s demencí anticholinergní medikaci, jejíž podávání zhoršuje kognitiv-

ní funkce. Celkovou anticholinergní zátěž u konkrétního pacienta lze posoudit za pomoci praktického nástroje Anticholinergic Cognitive Burden Scale (www.acbscale.com). Dále je třeba vyhnout se dlouhodobějšímu podávání benzodiazepinů pro riziko závislosti, pádů, zhoršení kognitivních funkcí a též riziko rozvoje deliria. Rizikové je též podávání antipsychotik a hypnotik (4, 14).

Příspěvky z fondů prevence zdravotních pojišťoven (platné pro rok 2025)

Příspěvky se vztahují na nákup všech pomůcek pro trénování paměti a dalších kognitivních funkcí doporučených Českou alzheimerovskou společností, o.p.s, nebo na testování paměti ve vybrané síti lékáren uvedené na lekarnici.cz. Takto mohou pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny a Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR starší 65 let čerpat příspěvek ve výši 500 Kč. Vojenská zdravotní pojišťovna nabízí příspěvek 300 Kč na kognitivní pomůcky pro klienty starší 40 let.

Závěrem lze v případě dalšího zájmu doporučit Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře Demence Novelizace 2024 Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP (<https://www.svl.cz/svl-docs/doporucene-postupy/17/dp-demence-2024.pdf>), či mezioborová doporučení Alzheimerova nemoc a jiné kognitivní poruchy (dostupné na <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/10/Alzheimerova-nemoc-jine-kognitivni-poruchy.pdf>).

LITERATURA

1. Růžička E. Neurologie. 3. vyd. Praha: Triton; 2024. 712 s.
2. Fiess KM, Jetté N, Roberts JL, Maxwell CJ, Smith EE, Black SE, et al. The Prevalence and Incidence of Dementia: a Systematic Review and Meta-analysis. *Can J Neurol Sci*. duben 2016;43 Suppl 1:S3–50.
3. Mendez MF, Cummings JL. Dementia: a clinical approach [Internet]. 3rd ed. Philadelphia, PA: Butterworth-Heinemann; 2003. Available from: <https://trove.nla.gov.au/version/45744865>.
4. Matějková A, Bartoš A, Býma S, et al. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře - Demence (novelizace 2024) [Internet]. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře; 2024. Available from: <https://www.svl.cz/doporucene-postupy/demence-100017>
5. Rusina R, Vaňková H. Alzheimerova nemoc a jiné kognitivní poruchy. MAXDORF; 2025. 38–40 s.
6. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment,

- MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. duben 2005;53(4):695–9.
7. Kopeček M, Stepánková H, Lukavský J, et al. Montreal cognitive assessment (MoCA): Normative data for old and very old Czech adults. *Appl Neuropsychol Adult*. 2017;24(1):23–9.
8. Bartoš A. Two original Czech tests for memory evaluation in three minutes – Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA). *Cesk Slov Neurol N*. 2019;82/115(4):420–9.
9. Bartoš A. Netestuj, ale POBAV – písemné záměrné Pojmenování Obrázků A jejich Vybavení jako krátká kognitivní zkouška. *Cesk Slov Neurol N*. 2016;79(112/6):671–9.
10. Bartoš A. Tři časy testu kreslení hodin hodnocené BaJa skórováním u časné Alzheimerovy nemoci. *Cesk Slov Neurol N*. 2016;79(4):406–12.
11. Jedliňská M. Funkční hodnocení seniorů, teorie a praxe. *Geriatrie a Gerontologie*. 2013;(3).
12. Rusina R, Vaňková H. Alzheimerova nemoc a jiné kognitivní poruchy. MAXDORF; 2025. 98 s.

13. Kurečková V, Trepáčová M, Zaoral A, Řezáč P, Zámečník P. Patří pacienti s demencí za volant? *Geriatrie a Gerontologie*. 2017;6(3):126–9.
14. Bajtošová R, Holmerová I, Rusina R. Nové pohledy na léčbu demence. *Neurologie pro praxi*. 2021;22(3):194–200.
15. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. červen 2009;11(2):217–28.
16. Čolović MB, Krstić DZ, Lazarević-Pašti TD, et al. Acetylcholinesterase Inhibitors: Pharmacology and Toxicology. *Curr Neuropsychopharmacol*. 2013;11(3):315–35.
17. Yuan Q, Wang CW, Shi J, et al. Effects of Ginkgo biloba on dementia: An overview of systematic reviews. *J Ethnopharmacol*. 2017;195:1–9.
18. Mayeux R, Sano M. Treatment of Alzheimer's Disease. *New England Journal of Medicine*. 1999;341(22):1670–9.
19. Custodio N, Montesinos R, Lira D, Herrera-Pérez E, Bardales Y, Valeriano-Lorenzo L. Mixed dementia: A review of the evidence. *Dement Neuropsychol*. 2017;11(4):364–70.

20. Breteler MM, van den Ouweland FA, Grobbee DE, Hofman A. A community-based study of dementia: the Rotterdam Elderly Study. *Neuroepidemiology*. 1992;11 Suppl 1:23-8.
21. Launer LJ, Ross GW, Petrovitch H, Masaki K, Foley D, White LR, et al. Midlife blood pressure and dementia: the Honolulu-Asia aging study. *Neurobiol Aging*. 2000;21(1):49-55.
22. Skoog I, Lernfelt B, Landahl S, Palmertz B, Andreasson LA, Nilsson L, et al. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. *Lancet*. 1996;347(9009):1141-5.
23. Chakraborty S, Lennon JC, Malkaram SA, Zeng Y, Fisher DW, Dong H. Serotonergic system, cognition, and BPSD in Alzheimer's disease. *Neuroscience Letters*. 2019;704:36-44.
24. Uhrová T, Roth J. *Neuropsychiatrie*. 1. vyd. 2020. 976 s.
25. Lebert F, Stekke W, Hasenbroekx C, Pasquier F. Frontotemporal dementia: a randomised, controlled trial with trazodone. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2004;17(4):355-9.
26. Vališ M, Masopust J, Pavelek Z. Farmakoterapie nealzheimerovských typů demencí. *Neurologie pro praxi*. 2020;21(1):41-5.